Rok XXXI. Kraków, 22 Października 1892. Nr. 43.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O oślepnięciu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek.

Podał

Dr. F. Sroczyński,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell.

O ile następstwa ucisku śródocznego podwyższonego skutkiem zwiększenia się treści gałki ocznej dokładnie zbadane zostały, o tyle mało co wiemy o skutkach ucisku z zewnątrz na gałkę działającego. Znany i często przytaczany przypadek Beera, że pewien 40 letni człowiek, któremu znajomy ze żartu oba oczy od tyłu rękoma przycisnął, żądając, aby go poznał, wzrok na zawsze utracił, jest dotychczas jedynym w literaturze, a odnosi się do czasów, kiedy o badaniu wziernikowem mowy nie było[1]). — Z nowszych czasów znamy tylko doświadczenie Dondersa, że przez ucisk z zewnątrz wywarty na gałkę oczną można wywołać przemijające zaciemnienie pola widzenia, które tłomaczy się zaburzeniem w krążeniu krwi w siatkówce, jak tego dowodzi tętno tętnicze, dające się wziernikiem wykazać.

Znane z nowszej literatury przypadki przemijającej ślepoty u dzieci po długotrwałym kurczu powiek w następstwie zapaleń pryszczykowych (*Kerato-conjunctivitis phlyctaen*). z wszelkiem prawdopodobieństwem nie mają nic wspólnego z uciskiem na gałkę. Postaram się to wykazać w krótkim przeglądzie odnośnej literatury.

Pierwszy tego rodzaju przypadek opisał Albert Graefe[2]). Kilkoletnie dziecko cierpi w następstwie lekkiej *conj. phlyct.* na światłowstręt z kurczem powiek utrzymujący się mimo wszelkich środków przez 11 miesięcy. Obustronna *neurotomia n. supraorbital.* usuwa skurcz powiek, okazuje się jednak zarazem, że dziecko nic nie widzi. Wzrok powraca dopiero zwolna po upływie 3 miesięcy. Przyczynę upatrywał Graefe

[1]) Beer: *Lehre der Augenkrankheiten.* T. II, p. 53. — [2]) *Graefes Archiv f. Ophthalm.* I, 2 H., p. 301.

w ucisku mechanicznym powiek na gałkę oczną. Tłomaczenie to przejął Schirmer, który w r. 1889 opisał dalsze 2 przypadki z własnej obserwacyi[1]). W pierwszym rozchodziło się o 4-letniego chłopczyka z kurczem powiek, trwającym przez dwa miesiące. Gdy skurcz powiek ustąpił, okazała się zupełna ślepota tak, że dziecko mogło swobodnie w słońce patrzeć. Badania wziernikowego nie przedsięwzięto. Po 14 dniach pierwsze objawy powracającego wzroku, a w 3 tygodnie później stan prawidłowy. Drugi przypadek Schirmera odnosi się do bardzo skrofulicznego, dwuletniego dziecka, które również poczucia światła nie miało, gdy ustąpił blizko dwumiesięczny skurcz powiek. Badanie wziernikowe, u dziecka bardzo niesfornego przeprowadzone w narkozie, wykazało brak wszelkich zmian na dnie oka: tarcza n. wzr. prawidłowo zabarwiona, naczynia prawidłowego kalibru, tętna tętniczego brak, ani śladu wydrążenia tarczy.

Zupełnie podobnie brzmią podania innych autorów. I tak w jednym przypadku Lebera[2]) cierpi trzechletnie dziecko na kurcz powiek blizko sześć miesięcy. Gdy po odpowiedniem leczeniu otwarło nareszcie oczy, uderzyła rodziców zupełna ślepota dziecka. Oczy nie zwracały się nawet za światłem, jak to zwykle bywa, jeżli choćby tylko poczucie światła jest utrzymane. Badanie wziernikowe (z powodu światłowstrętu w narkozie) wykazało stosunki zupełnie prawidłowe. Mimo zupełnego braku poczucia światła zachowane było oddziaływanie źrenic. Po kilku tygodniach wymija już dziecko wyraźnie przeszkody, nie kierując się dotykiem ani słuchem; światło jednak zdaje się nie zwracać uwagi jego na siebie. W zachowaniu się dziecka uderza pewien rodzaj przytępienia. W kilku następnych tygodniach wzrok zupełnie powrócił, a zarazem tępota umysłowa ustąpiła miejsca dawnema ożywieniu.

[1]) *Klin. Monatsblt. f. Augenheilkunde.* September 1879, p. t.: *Amaurosis nach Blepharospasmus.* — [2]) *Graefes Archiv f. Ophthalm.* XXVI, 2, p. 262.

Podobnież przedstawia się i drugi przypadek Lebera. Takiż sam przebieg, pomyślne zejście, brak zmian w głębi oka, zachowane oddziaływanie źrenic. Przekroczylibyśmy rozmiary niniejszéj rozprawki, chcąc wszystkie odnośne spostrzeżenia powtarzać. Wystarczą powyższe. Nie ucierpi na tem dokładność rozbioru, wszystkie one bowiem, aż do nieznacznych różnic, co do trwania kurczu powiek, względnie ślepoty, zgadzają się niemal dokładnie. Nas obchodzi na razie tylko pytanie, czy spostrzeżenia te dopuszczają tłomaczenia na podstawie podwyższonego ucisku.

Pod tym względem zauważył już Leber (l. c.) zupełną niezgodność między objawami powyższemi, a skutkami podwyższenia ucisku. Jak pogodzić fakt, że już nizki stopień podwyższenia ucisku wystarcza przy dłuższem trwaniu do wywołania trwałych następstw w postaci wydrążenia i zaniku tarczy z wszelkim brakiem zmian powyższych w przytoczonych przypadkach? Dlaczego wzrok w jaskrze po opadnięciu wygórowanego ucisku wnet się poprawia, jeżeli w ogólności do tego jeszcze przychodzi, podczas gdy tu dopiero po tygodniach od chwili ustąpienia skurczu zwolna zaczyna się poprawiać, aby wreszcie wrócić do stanu dawnego? Niezgodności téj nie usuwa przypuszczenie Schirmera, że podwyższenie ucisku dlatego nie sprowadza tu trwałych następstw, ponieważ skurcz powiek wolniej czasami, głównie podczas snu, że zatem krążenie krwi w siatkówce może w tych przerwach znowu na czas jakiś się wyrównać. Wartość jednak téj bezsprzecznie słusznéj uwagi zmniejsza się znacznie, jeżeli uwzględnimy, że sam Schirmer przy badaniu swem, dokonanem podczas trwania skurczu powiek nie znalazł ani jednego objawu, przemawiającego za podwyższeniem ucisku, jak choćby tylko przekrwienia żylnego siatkówki lub tętna tętniczego. Najbardziéj jednak przeciw hypotezie uciskowéj przemawia okoliczność, że źrenice zachowują się tu zupełnie prawidłowo, a oddziaływanie ich nawet w czasie zupełnéj ślepoty jest zachowanem.

Na téj podstawie słusznie zbija Leber teoryję uciskową, tłomacząc sobie rzeczoną ślepotę sprawą czysto psychiczną w sposób podobny do tego, w jaki powstaje niedowidzenie jednooczne z nieużywania (*amblyopia ex anopsia*) skutkiem zezu u dzieci. W następstwie długotrwałego zamknięcia powiek przychodzi zdaniem Lebera do ignorowania wrażeń wzrokowych.

Nie mam zamiaru zapuszczać się w ocenę teoryi Lebera, napomknę tylko mimochodem, że i ona nie tłomaczy wszystkich, często dziwacznych objawów téj ślepoty, jak utrzymanie oddziaływania źrenic mimo braku poczucia na światło, jak daléj sam fakt zniesienia poczucia światła w ogólności, co jak wiemy nie zdarza się w prostéj *amblyopia ex anopsia*, gdzie poczucie światła jest zawsze utrzymanem. Jeżeli natomiast uprzytomnimy sobie podania autorów o zmienionym całym nastroju psychicznym tych dzieci, ich niesforności, o pewnym braku zgody między całkowitą jakoby ślepotą a oryjentowaniem się w przestrzeni, budzi się mimowoli podejrzenie, czy nie mamy tu do czynienia ze ślepotą histeryczną, zgodnie z nowszemi spostrzeżeniami neurologów, którzy nie wątpią już dzisiaj o istnieniu histeryi z wszystkiemi jéj przejawami u dzieci.

Jakkolwiekbądź zresztą przyszłe badania rozstrzygną tę sprawę, to nie ulega wątpliwości, że nie rozchodzi się tu o ślepotę z ucisku zewnętrznego, ale z przyczyn, mających swą siedzibę w korze mózgowéj ośrodka wzrokowego, poza ośrodkiem odruchu źrenicowego, jak tego dowodzi utrzymane oddziaływanie źrenic.

Tymczasem byłoby rzeczą ciekawą nietylko z teoretycznych ale i z praktycznych powodów wiedzieć, czy i jakiego rodzaju ucisk ze strony powiek lub innych części mógłby do tego stopnia zwiększyć ucisk śródoczny, aby zagrozić wzrokowi. W ostatnich dwóch latach miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki, które przynajmniéj na pierwszą część pytania mogą dać odpowiedź twierdzącą.

I. Dnia 25 kwietnia 1891 r. wezwany zostałem do kobiety około 30-letniéj, która w kilku niemal godzinach straciła wzrok śród gwałtownych bólów w oku lewem. Od kol. Dra Aronsohna, który miał w swéj opiece chorą, dowiedziałem się, że przed dwunastu dniami przebyła prawidłowo poród kleszczowy, komplikowany tylko ostrem zapaleniem śródsierdzia (*endocarditis subacuta*) i wysoką miedokrewnością. Po południu dnia 25 kwietnia 1891 r. wystąpiło nagłe uczucie bólu w oku lewem z szybkiem podupadaniem wzroku tak, że przywołany kol. Dr. A. stwierdził już tylko poczucie światła, gałkę oczną wysadzoną, źrenicę słabo oddziaływającą. O godz. 6 wieczorem znalazłem stan następujący: Gałka lewa wysadzona silnie ku przodowi, nieruchoma. Powieki, zwłaszcza górna, miernie obrzękłe, niedomykalne, przedewszystkiem jednak tak napięte, że skóra zupełnie blada, połyskuje. Lekki stopień *chemosis* spojówki gałkowéj. Rogówka znieczulona, zwierciedli nieco mniéj i jest skutkiem ucisku powiek, prących na gałkę, wyraźnie przypłaszczona. Źrenica, średnio rozszerzona, nie oddziaływa na żadne bodźce. T + 3. Badanie funkcyi wykazuje jeszcze ślad poczucia światła świecy trzymanéj tuż przed okiem. Wziernik wykazał: Środki łamiące czyste z wyjątkiem rogówki minimalnie zamglonéj. Żyły siatkówkowe silnie pokręcone i zgrubiałe, tętnice nitkowato cienkie, dają się tylko w głównych rozgałęzieniach jeszcze poznać, główny pień tętniczy tętni. Nie ulegało wątpliwości, że cały ten zbiór objawów, w którym ucisk od tyłu na gałkę tak wybitnie górował, był następstwem nagłego powiększenia objętości treści pozagałkowéj oczodołu.

Rozpoznanie moje wahało się między gwałtownie wzmagającem się zapaleniem ropnem tkanki oczodołowéj (chora jeszcze dwa dni przedtem gorączkowała) a krwotokiem pozagałkowym w oczodole o dość niejasnéj etyjologii. Wezwany do narady prof. Rydel, oświadczył się ze względu na nagłe powstanie wysadzenia gałki ocznéj. stanowczo za krwotokiem oczodołowym, co też w saméj rzeczy stwierdziło w kilka dni późniéj leciuchne, żółtawe podbiegnięcie skóry powiek. Wobec gasnącego już poczucia światła, rozciąłem, za zgodą prof. Rydla, zewnątrzne spoidło szpary powiekowéj, celem zmniejszenia napięcia powiek, spodziewając się jeźli już nie uratowania jakiegoś wzroku, to przynajmniéj zmniejszenia bólów. Okłady lodowe i bezwzględny spokój przy wysokiem położeniu głowy, miały zapobiedz dalszemu krwotokowi. We dwa dni późniéj dowiedziałem się, że bóle które jeszcze w naszéj obecności prawie całkiem ustały, nie powróciły już więcéj, a badając znalazłem V = O, i zupełne zwolnienie powiek. *Tn. Exophthalmus* nieco mniejszy. Rogówka czysta. Źrenica jak przedtem rozszerzona, nie oddziaływa ani na światło ani na inne bodźce. Nader pouczającym był obraz wziernikowy: tarcza blada jak papier, o ostrych konturach, siatkówka jednostajnie szarawo zaćmiona bez połysku, żyły zawsze jeszcze nieco grubsze, tętnice nitkowato cienkie. Do około plamki żółtéj kilka wynaczynień kształtu owalnego, mocno przypominających wynaczynionki, jakie powstają czasem po irydektomii, wykonanéj z powodu jaskry z mocno wygórowanym uciskiem śródocznym.[1])

---

[1]) Ze względu na niezmierną rzadkość samoistnych krwotoków do oczodołu (Berlin w zbiorowem dziele Graefe-Saemischa wspomina o 5 dotychczas znanych przypadkach) dodam dla uzupełnienia historyi choroby, że jak mi listownie do-

Tłomaczenie objawów odnoszących się do oka w opisanym przypadku nasuwa się samo przez się w sposób niewymuszony. Krwotok obfity do oczodołu wysadził gałkę ku przodowi, wywierając na nią ucisk od tyłu, podczas gdy od przodu parły mięśnie proste oka i powieki mocno napięte i obrzękłe skutkiem ucisku na obie *v. ophthalmicae*. Nacisk na gałkę zwiększył parcie śródoczne do tego stopnia, że dopływ krwi do tętnic siatkówkowych został niemal zupełnie powstrzymany. Skutkiem tego nagła utrata wzroku, nekroza siatkówki wziernikiem wykazana i obraz tarczy nerwu wzrokowego, nie różniący się w niczem od obrazu wybitnego zaniku, ztąd wreszcie wybroczyny w siatkówce po ustąpieniu napięcia powiek. Brak ekskawacyi tarczy w niczem nie zaciemnia obrazu jaskry w naszym przypadku, wiemy bowiem, że i w początkach zwykłego *Glaucoma acutum* niema wydrążenia tarczy, bo brak czasu do jego powstawania. Nie chcąc sztucznie uzupełniać klasyczności obrazu chorobowego, z umysłu pomijam inne objawy, jak porażenie tęczówki i znieczulenie rogówki, trudno bowiem na razie rozstrzygnąć, o ile w tem zaważył na szali sam bezpośredni ucisk krwi wynaczynionéj do oczodołu na nerwy rzęskowe, a ile następowy ucisk w ich przebiegu wśródocznym. Czy jednak i nagłe oślepnięcie nie było tu wpływem ucisku bezpośredniego krwi na nerw wzrokowy? Zasadniczo nie możnaby pewnego wpływu temu czynnikowi odmówić, jakkolwiek twarda pochewka zewnętrzna tegoż nerwu nie dopuszcza porównania z wpływem na nerwy rzęskowe, których włókna przy takim krwotoku wprost zdruzgotane być musiały. Przypuszczenie jednak takie już z tego powodu jest nieprawdopodobnem, że nie zdołałoby wytłomaczyć tak szybkiego, bo już w ciągu dwóch dni wykształconego zaniku tarczy. Zanik z takiéj przyczyny miałby znaczenie zaniku zstępującego, a jako taki wedle doświadczenia klinicznego nie mógłby w tak krótkim czasie dosięgnąć tarczy nerwu wzrokowego. Sądzę zresztą, że szukanie drugiéj hypotetycznéj przyczyny jest co najmniéj zbyteczne tam, gdzie jak w naszym przypadku bezwzględna anemia siatkówki z następową jéj nekrozą wystarcza chyba do wywołania ślepoty. Pozostawałaby jedyna jeszcze możność, czy owa ischaemia i późniejsza nekroza siatkówki nie były może następstwem ucisku na *art. centr. retin.* w jéj przebiegu wśród pozagałkowéj części nerwu wzrokowego? Takie przypuszczenie upada samo przez się, jeżeli uwzględnimy, że parcie w téj części tętniczki musi być wyższe niż w jéj rozgałęzieniach siatkówkowych, że zatem te ostatnie pierwéj i łatwiéj musiały być ugniecione, a więc i anemia siatkówki była niewątpliwie wynikiem parcia na samą gałkę.

Wybitniejszym jeszcze, bo wolnym od ubocznych czynników, był przypadek drugi, spostrzegany przezemnie w oddziele chirurgicznym prof. Obalińskiego, który też raczył zezwolić łaskawie na jego ogłoszenie. Uprzejmości Dra Choróbskiego, sekundaryjusza tegoż oddziału, zawdzięczam daty z historyi niniejszego przypadku.

II. J. H., ciesząca się aż do obecnéj choroby dobrym wzrokiem, zapadła w pierwszych dniach kwietnia b. r. na wąglik (*carbunculus*) wargi górnéj. Mimo energicznych środków sprawa w kilka dni przeszła na policzek prawy, ztąd na powieki oka prawego wśród gorączki dochodzącéj do 40° C. W kilka dni obrzęk powiek doszedł aż do niemożności rozwarcia szpary powiekowéj. Kilka nacięć w skórze powiek zwolniły na razie napięcie, przyczem okazało się, że wzrok jest utrzymany. Dnia 13/IV nowe zwiększenie się sprawy zapalnéj; po rozwarciu biernem powiek podaje chora, że nic okiem tem nie widzi. W tymże dniu znalazłem co następuje: Obie powieki prawego oka, przeważnie górna, znacznie obrzmiałe deskowato twarde, pokrywają nieruchomo gałkę. Po rozwarciu powiek łyżkami Desmaresa widać gałkę w całości niezmienioną. Rogówka prócz drobnych starć przybłonka prawidłowa. Źrenica rozszerzona nie oddziaływa Brak poczucia światła. Wziernikiem znalazłem tarczę nerwu wzrokowego bladą jak papier, żyły nieco grubszo, tętnice zaledwie dostrzegalne, słowem obraz zaniku tarczy. O badaniu ucisku śródocznego przy kolosalnem zgrubieniu powiek mowy być nie mogło. Wzrok nb. nie powrócił.

Reasumując wnioski nasze z powyższego powiedzieć możemy:

1) Ucisk zewnętrzny nagle wzrastający, doszedłszy do pewnego stopnia, może sprowadzić nagłą ślepotę.

2) Ślepota ta przebiega wśród objawów podobnych do jaskry i kończy się zanikiem tarczy a nawet nekrozą siatkówki, skutkiem zaciśnięcia naczyń siatkówkowych.

3) Ztąd należałoby w podobnych przypadkach liczyć się z tą możliwością i przy zwiększeniu napięcia powiek obok wskazanego zabiegu nie zwlekać z wydatnem, tymczasowem rozcięciem zewnętrznego spoidła szpary powiekowéj.

niósł później Dr. Aronsohn, taki sam krwotok wystąpił dnia 7 maja w drugim oczodole, przyczem recydywy kilkakrotnie jeszcze ponawiały się aż do śmierci pacyjentki, która nastąpiła dnia 12 maja skutkiem zgorzeli odnogi dolnéj z zatoru tętnicy udowéj.

II. O martwinie fosforowéj

Przez
Dra Józefa Bogdanika,
prymaryjusza szpitala powszechnego w Białéj.

(Dok. Patrz Nr. 42.)

W tych przypadkach uderza jednozgodność w wywiadach. Chorzy doznali bólu zęba, kazali sobie chory ząb wyjąć i daléj pracowali w fabryce. Ból nie ustawał, owszem wzmagał się, a późniéj przeniosła się sprawa chorobowa na szczękę względnie okostnę. Mając to na uwadze, jakoteż uznany fakt, iż martwina fosforowa prawie wyłącznie dotyczy początkowo szczęki dolnéj i dopiero w następstwach przenosi się na szczękę górną a nawet inne kości twarzy i czaszki, udałem się do znajomych dentystów, czy nie jest przypadkowo rzeczą stwierdzoną, iż przedewszystkiem zęby szczęki dolnéj ulegają próchnicy. I dowiedziałem się rzeczywiście, iż statystyka dentystyczna podaje próchnicę zębów dolnych do górnych w stosunku 3 : 2 i że właśnie przeważnie pierwszy ząb trzonowy dolny najpierwéj i najrychléj ulega próchnicy, o czem i z podręczników dentystycznych przekonać się można. Okoliczność ta stanowi o jeden dowód więcéj, iż bezpośrednie zetknięcie się pary fosforowéj z schorzałą a przynajmniéj obrażoną szczęką wywołuje martwinę, jak to wielu chirurgów twierdzi a Wegner [1]) doświadczeniami na zwierzętach udowodnić się stara. Króliki bowiem, których kości z okostnéj obnażył a następnie umieścił w skrzyniach napełnionych parą fosforową ulegały martwinie, króliki zaś z kością nieobnażoną nie. Nader rzadkie są wyjątki, gdzie martwina występuje u ludzi i ze zdrowemi zębami.

Co do przyczyn przeto powstawania tego cierpienia nie ma różnicy zdań, inna zaś rzecz co do pytania, w jaki spo-

[1]) *Der Einfluss des Phosphors auf den Organismus. Virchows Archiv.* 1872.

sób sprawa chorobowa się szerzy. Jedni, np. Geist, twierdzą, iż sprawa rozpoczyna się zawsze jako zapalenie okostnéj, niekiedy z przebiegiem bardzo ostrym (*periostitis acutissima*). W tych przypadkach bolesność szybko wzmaga się do wysokiego stopnia, obrzmienie szerzy się bardzo szybko na policzek i szyję, następują dreszcze i gorączka, zapalenie przemienia się w ropienie i posoczenie. Ropnie powstałe przebijają się na zewnątrz, wyniszczenie ogólne postępuje szybko, a śmierć następuje w przeciągu dwóch lub trzech miesięcy. W takich przypadkach wykazuje sekcyja zwłok, iż dziąsła, okostna i mięśnie twarzy przemienione są w cuchnącą, gęstą ciecz, barwy czerwono brunatnéj. Szczęka dolna jest zupełnie oddzieloną od okostnéj a cienka warstewka złogów kostnych (*osteophyty*) pokrywa jéj powierzchnię, a złogi te nie są organicznie złączone z okostną.

Taki przebieg jest atoli nader rzadkim, przeważnie zapalenie okostnéj jest przewlekłem z tworzeniem się złogów kostnych, które powoli całą kość otaczają, tworząc niekiedy wcale grube pokłady nie złączone z kością organicznie. Dopiero następowo, biernie powstaje martwina kości (*necrosis*) wskutek niedostatecznego odżywienia tejże. Zdanie to podziela wielu, między nimi Obaliński[1]) i Rydygier[2]), który opisał przypadki z kliniki Rieda w Jenie. Wprost przeciwnie twierdzi Lorinser a nawet w rozprawie swéj „o chorobowych zmianach na kościach szczękowych, wywołanych parą fosforową“, wyraził się o zdaniach przeciwników: „...*sie sind aus überspannter Kleinigkeitskraemerei und aus irrigen Ansichten über den Knochenbrand hervorgegangen*“[3]). Mimo tego oświadczenia nie udało mu się zbić teoryi o pierwotnem zapaleniu okostnéj. W przypadkach przez siebie obserwowanych widziałem, iż sprawa przeważnie zaczyna się od okostnéj, jeden preparat atoli, t. j. szczęka z przypadku 4-go przekonywa mnie, iż pierwotna martwina kości wskutek działania pary fosforowéj powstać może. Po wyjęciu pierwszego lewego zęba trzonowego odrazu ropienie ogarnęło wyrostek zębodołowy szczęki dolnéj. Podczas operacyi łatwo oddzielić się dała okostna od kości, na okostnéj jednak nie znalazłem żadnych produktów zapalnych; na kości zaś w okolicy ubyłego zęba widać było mocno cuchnące ognisko sposoczałe, barwy brudno zielonkowatéj a posoka wypełniała otwory w nadżartéj kości. (Na zjeździe okazałem odpowiednie preparaty, t. j. takie, gdzie sprawa chorobowa rozpoczyna się od okostnéj z wytworzeniem złogów (fig. 1), jakoteż dotyczący preparat uwidoczniający pierwotną martwinę kości (fig. 2).)

Jeżeli się sprawę chorobową pozostawia saméj sobie, wówczas z biegiem czasu zapalenie okostnéj i martwina kości postępuje coraz daléj i powstają zatoki sposoczałe a szczęka z biegiem czasu już to częściowo, jużto w całości się oddziela tak, że ją szczypczykami wyjąć można a na miejscu wydobytéj kości następuje od okostnéj regeneracyja — kostnina. Proces ten jednak trwa bardzo długo, przeciętnie 6—9 lat. a u chorego wskutek długotrwałego ropienia chera



Fig. 2.

Fig. 1.

coraz więcéj postępuje, zwłaszcza że i odżywienie rychło cierpi przez upośledzone trawienie. bo ropa z pokarmami dostaje się do żołądka Dlatego też lekarze bardzo rychło pokusili się, aby chorą kość w drodze operacyjnéj usunąć. Niestety razem z kością martwiną zajętą usuwano i okostnę z świeżo tworzącą się kostniną. Przez to powstało znaczne zeszpecenie, bo dla braku okostnéj regeneracyja kości nastąpić nie mogła, wskutek tego żucie było bardzo upośledzone, usta zamknąć się nie dały i ślina ustawicznie spływała a mowa stała się mało zrozumiałą. Dlatego to operacyjny sposób usuwania choroby natrafił na przeciwników, aż przez staranne oddzielenie okostnéj przy operacyi i pozostawienie jéj w jamie ustnéj tak rozległemu kalectwu zapobiegano.

W tym celu podał Jervell[1]) swoję metodę. Wzdłuż dolnego brzegu szczęki prowadzi cięcie aż do kości. Następnie oddziela tak po stronie zewnętrznéj jakoteż wewnętrznéj okostnę od kości i wprowadza pomiędzy okostnę a kość gazę jodoformową, którą co kilka dni odnawia. Po 6—7 tygodniach zaś resekuje kość. Metoda ta nie znalazła naśladownictwa, bo przeważnie zaraz po cięciu wzdłuż dolnego brzegu szczęki, jak to i ja w pierwszym przypadku uczyniłem, resekuje się kość. Cięcie to zaleca i Rydygier w swéj pracy. Mimo resekcyi jednak pozostała część kości rychło ulega martwinie, którą Rydygier nazywa recydywą Bryka, zwłaszcza iż chorzy mimo zakazu nadal oddają się temu samemu zatrudnieniu i chorzy ci wnet powracają do szpitala i sami usilnie domagają się powtórnéj operacyi, którą też

[1]) Zapalenie okostnéj i martwina kości dolnoszczękowéj wskutek działania wyziewów fosforowych. Wyłuszczenie szczęki dolnéj. Przegląd Lek. 1873, Nr. 50. — [2]) *Deut. Zeitschrift f. Chirurg.* 1878, XI. — O martwinie fosforowéj. Przegląd Lek. Nr. 17, 18, 20, 21, 23. — [3]) *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* Jahrgang VII, 1851, Heft I.

[1]) Referat w *Centralblatt für Chirurgie*, 1889 str. 337.

w licznych przypadkach wykonano, wyłuszczając dwuczasowo nawet całą szczękę.

Pierwszy taki przypadek dotyczy Małgorzaty R., 21 lat liczącéj robotnicy w fabryce zapałek w Norymberdze, u któréj Heyfelder w Erlandze w r. 1843 wyłuszczył lewą połowę żuchwy, przeciąwszy wargę dolną w środku, a drugie cięcie poziome prowadząc wzdłuż dolnego brzegu kości. Następnego roku Stadelmann tejże choréj wyłuszczył drugą połowę szczęki [1]). Oprócz tego przypadku jeszcze wiele jest znanych w literaturze, w których dwuczasowo całą szczękę wyłuszczono. W ten sposób postępowałem trzykrotnie, prowadząc cięcie jużto wzdłuż dolnego brzegu żuchwy, jużto torując sobie drogę do kości, przecinając w połowie wargę dolną. W czwartym przypadku zaś odrazu szczękę wyłuszczyłem od jamy ustnéj bez cięcia zewnętrznego i przekonałem się, że ten sposób operowania nie przedstawia najmniejszych trudności. Trzeba tylko na to uważać, aby po oddzieleniu języka od szczęki koniec jego na zewnątrz wyciągać. Krwotoków zaś obawiać się nie należy, bo przecięcia większéj tętnicy uniknąć można, krwotoki żylne zaś zazwyczaj dość silne tamuje się tamponem z gazy jodoformowéj. Zarzut, jakoby przytem powstawało znaczne zeszpecenie, jest nawet wtedy nieuzasadniony, jeżeli się za przykładem Heyfeldera i innych wargę dolną środkiem przecina. Przypadki takie zaś, gdzie warga przyjmuje postać ptasiego dzioba, choremu ustawicznie ślina ścieka z ust, których zamknąć nie może, będą postaciami legendowemi, które tylko wtedy powstają, jeżeli się nie szanuje okostnéj, jak wyżéj wspomniałem.

Jeżeli się zaś szczękę podokostnowo wyłuszcza, wtedy to właśnie tę korzyść się odnosi przy wyłuszczeniu całéj szczęki odrazu, iż:

I° unika się poddawania chorego dwukrotnéj operacyi, co przecież nie jest rzeczą obojętną a dolegliwości przy martwinie fosforowéj muszą być znaczne, skoro chorzy tak łatwo na powtórną decydują się operacyję.

II° żucie i mowa po resekcyi częściowéj o wiele więcéj są upośledzone aniżeli po wyłuszczeniu całéj szczęki. W moich przypadkach chorzy już po kilku dniach ukradkiem chleb jedli, a zazwyczaj siódmego dnia zapisywałem im już chleb i mięso.

III° zniekształtnienie twarzy po wyłuszczeniu całéj żuchwy jest znacznie mniejsze aniżeli po resekcyi częściowéj, zwłaszcza jeżeli się cięcia skórnego nie robi. Przekonać się o tem można snadnie porównywając fotografije dotyczących chorych. Twarz po resekcyi częściowéj jest skrzywioną, część bowiem szczęki pozostawiona w jamie ustnéj zbacza i to ku tyłowiu i ku stronie resekowanéj, jeżeli nie przekroczono połowy szczęki. W tym przypadku zaś, jeżeli resekowany kawałek przenosi połowę szczęki, kość pozostała zbacza na zewnątrz. Zęby przeto przy ustach zamkniętych nie schodzą się, przez co żucie bardzo jest upośledzone a mowa niewyraźną. Kalectwu temu zapobiedz można protezą, co wkracza w zakres dentystyki. W tym względzie polecam obszerne dzieło Claude Martina, licznemi ilustracyjami opatrzone [2]). Tuż po dokonanéj resekcyi wprowadza on do jamy ustnéj podobny do resekowanéj szczęki kawałek wulkanizowanego kauczuku, który w odpowiedni sposób do resztek szczęki przymocowuje. Radzi on jednak, aby wstawiony kawałek był nieco większy aniżeli część resekowana, a nadto celem ułatwienia desinfekcyi czyni w kauczuku liczne kanaliki, które przepłukiwać można. Gdy już blizna zupełnie jest skonsolidowaną a ropienie ustało, usuwa kauczuki i wprawia natomiast stałą protezę, w zupełności ubytéj szczęce odpowiadającą. Od dziesięciu lat w ten sposób postępuje i doprowadził do tego, iż nawet całą dolną szczękę wstawia.

[1]) Anton Keller: *Ueber Resection des ganzen Unterkiefers.* Erlangen 1853. — [2]) *De la prothèse immédiate appliquée à la resection des maxillaires.* Paris 1889.

Moi operowani po wyłuszczeniu całéj szczęki mają się całkiem dobrze, w miejsce kości wytworzyła się twarda kostnina dostateczny stawiająca opór, aby górnemi zębami zgnieść chleb lub mięso i jakkolwiek bródka jest nieco cofniętą ku tyłowi, niewiele ich to szpeci a usta są zamknięte. A jest nadzieja, że stan ten daléj potrwa, skoro Albert w swym podręczniku chirurgii [1]) wspomina, iż po 25 latach widział chorą, któréj Dummreicher całą szczękę wyłuszczył z powodu martwiny fosforowéj. Była ona zdrową i powiła kilkoro zdrowych dzieci. Czy jednak nie nastąpi recydywa? Tego się nawet spodziewać należy, zwłaszcza że dotąd, jak się dowiaduję, już dwóch operowanych w fabryce daléj pracuje.

Na zakończenie jeszcze słów kilka o środkach zapobiegawczych téj groźnej chorobie zawodowéj. Znaną jest rzeczą, iż robotnicy zajęci maczaniem patyczków w masie fosforowéj, wydobywaniem zapałek z suszarni, jakoteż pakowaniem ich w pudełka, przedewszystkiem ulegają martwinie. Uprzejmości fizyka miejskiego w Bielsku Dra Tischlera zawdzięczam daty bardzo ważne. Otóż w fabryce rzeczonéj zajętych jest 20 mężczyzn i 22 kobiet. Pierwsza z pomiędzy wyżéj przytoczonych chorych zajętą była pakowaniem zapałek, drugi i trzeci chory maczaniem patyczków, czwarty zaś miał rozmaite zajęcia. Używa się 25 kilogramów przeważnie białego fosforu tygodniowo, a z tego wyrabia się 30—35 milionów zapałek. Do rozpuszczania fosforu służy przedewszystkiem klej, w mniejszéj ilości guma i dekstryna, a przygotowywanie masy jakoteż maczanie odbywa się w otwartych naczyniach. Nie przestrzega się tego, aby z suszarni wyjmowano zapałki dopiero po zupełnem ostudzeniu i przewietrzeniu sali. Robotnicy sukien robotniczych nie noszą, lecz pracują w swojem ubraniu a jedzą nie umywszy się poprzednio, bardzo często nawet w salach fabrycznych. Jest zatem dosyć danych do rozwielmożnienia się choroby. Fosfor biały jest szkodliwszy aniżeli czerwony, którego używają do fabrykacyi zapałek szwedzkich. Rozpuszczenie zaś fosforu w kleju odbywać się musi na gorąco, wydziela zatem więcéj pary aniżeli rozpuszczanie w gumie, co się odbywa na zimno. Do szkodliwości zalicza się niedostateczne przewietrzanie, jakoteż jedzenie w salach bez obmycia się. To już dawno wykazano i przepisami dotyczącemi zakazano. Robotników z zębami zepsutemi i po wyjęciu ich nie powinno się do fabryki przyjmować.

Aby opis niniejszych przypadków łabędzim był a sprawdziło się zdanie Rydygiera, że martwina fosforowa zupełnie zniknie, wniosłem na IV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, aby zwrócono baczną uwagę władz, iż tylko najsurowsze przestrzeganie przepisów powstrzymać może powstawanie martwiny fosforowéj.

[1]) *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.*

III. Mleko wapienne jako środek desinfekcyjny.

Podał
Prof. N. Cybulski.

Pomimo ciągłego postępu wiedzy lekarskiéj i znacznych zmian w zapatrywaniu na istotę chorób zakaźnych w walce z każdą epidemiją, pozostają nam zawsze tylko dwie drogi: po pierwsze zapobieganie możliwemu szerzeniu się epidemii za pomocą rozmaitych urządzeń sanitarnych, jak np. dostarczenia mieszkańcom dobréj wody, kanalizacyę, czystość itp., powtóre desinfekcyja, — w razie, jeżeli zarazki chorobotwórcze są już w danéj miejscowości zaszczepione.

Co do pierwszego środka walki z epidemijami, tj. urządzeń sanitarnych, to z pewną dumą możemy zaznaczyć, że jeżeli niezupełnie jeszcze uczyniono zadość wymaganiom, które stawia nauka pod tym względem, to w każdym razie zrobiono już bardzo dużo w całéj środkowéj Europie, z wyjątkiem niektórych miast Austryi i całéj Galicyi. To też stanowczo można powiedzieć, że Europa w roku bieżącym wytrzymuje próbę ogniową, składa egzamin ze swoich urządzeń sanitarnych wobec epidemii, która zupełnie niespodziewanie do niéj zawitała. Jak dotychczas próba ta wypadła bardzo pomyślnie, gdyż w rzeczywistości, prócz Hamburga, pomimo tak ożywionéj komunikacyi, jaka istnieje w Niemczech, pomiędzy miastami wogóle, a w szczególności między miastami środkowych Niemiec i Hamburgiem, epidemija nigdzie się nie rozwinęła do większych rozmiarów, w wielu zaś miastach nawet zwykle kończyła się tylko na przypadkach importowanych, jak np. w Kolonii, Koblencyi, Frankfurcie, Halli, Lipsku i wielu innych.

Również szczęśliwie prowadzono walkę z epidemiją tegoroczną we Francyi. W Paryżu pierwsze przypadki cholery były skonstatowane już w maju, jednakże epidemija przez całe lato nie doszła do tego rozwoju, do jakiego zwykła dochodzić podczas swoich poprzednich wizyt. Z miast francuskich tylko w Hawrze epidemija przybrała stan nieco bardziéj zagrażający, jednakże i tu bardzo szybko, dzięki zarządzonym środkom, udało się ograniczyć dalszy jéj rozwój. Może też nigdy nie było sposobności wykazać tak dobitnie, jak podczas tegorocznéj epidemii, jak wielką rolę odgrywają środki desinfekcyjne w stłumieniu już rozwiniętéj lub rozwijającéj się epidemii; właśnie w Hawrze mamy tego najlepszy przykład. Pierwszy przypadek śmierci zaszedł tu podług prof. Giberta 14 lipca (*Le bulletin médical* z dnia 28 września), następnie epidemija powoli się rozwijała, jednakże z powodu, że lekarze we Francyi nie są obowiązani zawiadamiać władz politycznych lub policyjnych o przypadkach cholery, istnienie epidemii w mieście stało się powszechnie znanem dopiero w pierwszych dniach sierpnia. Od téj chwili epidemija szybko się wzmagała, przytem występowała w formach tak ciężkich, iż zdaniem przytoczonego wyżéj autora procent śmiertelności wynosił co najmniéj 80. W pierwszych początkach walka z epidemiją była prowadzoną w sposób niedokładny; jednakże, gdy po pewnym czasie udało się zastosować rozmaite środki desinfekcyjne z całą ścisłością, jakiéj wymaga nauka, od téj chwili ilość nowych zapadnięć na cholerę szybko zaczęła się zmniejszać i sama epidemija przybrała charakter nieporównanie bardziéj łagodny. Niewątpliwie, że fakt, iż w miastach środkowych Niemiec epidemija nigdzie się nie rozwinęła, zawdzięczają Niemcy tylko temu, iż obok urządzeń higijenicznych w miastach tych nie szczędzono także środków desinfekcyjnych w każdym podejrzanym przypadku.

Jako środków desinfekcyjnych z początku, jak wiadomo używano powszechnie kwasu karbolowego, sublimatu, siarkanu miedziowego (w Hawrze) i wielu innych, w skład których wchodziły przeważnie związki fenolowe i kresolowe (dziegieć, smoła itp.), jednakże w miarę jak epidemija obejmowała coraz większe przestrzenie, środki te, a szczególnie kwas karbolowy, tak się wzmogły w cenie, że z konieczności wypadało zastanowić się nad jakimś nowym, któryby w cenie był dostępny i na każdem miejscu mógł być do nabycia.

Za jeden z takich środków w sierpniu b. r. władze sanitarne niemieckie a następnie najwyższa Rada zdrowia w Austryi, władze sanitarne w Warszawie, uznały wodnik wapniowy w postaci tak zwanego mleka wapiennego.

Wprawdzie od dawna wiedzieliśmy, że z jednéj strony wodnik wapniowy, z drugiéj mleko wapienne posiadają pewne własności desinfekcyjne, jednakże do ostatnich czasów żaden z higijenistów nie uważał wapna za środek pewny i godny bezwzględnego polecenia; jeżeli zaś tu i ówdzie można było spotkać wzmiankę o wapnie jako środku desinfekcyjnym, to zwykle czyniono ją z zastrzeżeniem wyraźnem, że w razie braku innych pewniejszych środków można używać także wapna. Używano go dotychczas prawie wyłącznie w postaci wapna niegaszonego, którem posypywano śmieciska, place, zanieczyszczone organicznemi, ulegającemi rozkładowi substancyjami, jamy i doły kloaczne, przyczem jeżeli miejsca, do desinfekcyi których używano wapna, nie posiadały dostatecznéj ilości wilgoci, polewano je wodą, aby w ten sposób wywołać na miejscu tak zwane lasowanie wapna. Gryzące i alkaliczne własności powstałego w ten sposób roczynu wodnika wapniowego oraz podniesioną ciepłotę, niekiedy dość znacznie, uważano za czynniki, które działają zabójczo na niższe ustroje.

Jakkolwiek żaden z higijenistów bynajmniéj się przytem nie łudził, że desinfekcyja tego rodzaju jest dokładna, wszelako doświadczenie uczyło, że wapno zastosowane w téj postaci zatrzymuje, a przynajmniéj zmniejsza procesy gnicia istot organicznych, a nadto służy jako środek odwaniający, o ile woń zanieczyszczonych miejsc zależała od gazów, mających własności kwasów i mogących wchodzić w połączenie z wodnikiem wapniowym. O całkowitem jednakże odwonieniu miejsc zanieczyszczonych mowy być nie mogło.

To też łatwo zrozumieć, że gorące zalecanie mleka wapiennego, które spotykamy w rozporządzeniach prezydenta policyi w Berlinie z dnia 3 sierpnia b. r. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 32) oraz jednomyślne polecanie tego środka w ostatnich czasach u nas musiało wzbudzić u niejednego lekarza, jeżeli nie wątpliwość w skuteczność zaleconéj desinfekcyi, to w każdym razie potrzebę wyjaśnienia podstaw, na których wspomniane propozycyje się opierały. Na podstawie tego przypuszczenia sądzę, że krótkie zastanowienie się nad tą sprawą w organie lekarskim nie będzie zbytecznem.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

August Kosiński: **O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych.**

Przedmiotem badania był galaretowaty rak żołądka z licznemi przerzutami do wątroby, gruczołów krezkowych i otrzewnéj. Miarą zmian w utkaniu raka była cechująca metachromazya, jaką z produktami zwyrodnienia dają w najwybitniejszym stopniu safranina i toluidynowy błękit, polegająca na tem, że komórki śluzowo zwyrodniałe barwią się safraniną pomarańczowo, a nie czerwono, wspomnianym zaś błękitem fioletowo zamiast niebiesko. Oba te barwiki dawały najlepsze obrazy drobnowidowe; prócz tych zasługują jeszcze na uwagę dahlia i błękit metylowy i wogóle tego rodzaju preparaty wypadają najlepiéj, jeśli się je barwi takiemi barwikami, które zabarwiają jądra. Co do rozmieszczenia zwyrodnienia śluzowego wśród utkania nowotworu w odnośnym przypadku, to nie przedstawiało ono jednolitego obrazu, tak bowiem komórki środkowe jak i obwodowe, niekiedy jedne i drugie okazywały zwyrodnienie śluzowe. Jeśli sprawa zwyrodnienia dopiero się rozpoczynała, zajętem było samo pierwoszcze komórek, natomiast jądra okazywały w takich razach zmianę kształtu wywołaną uciskiem zwyrodniałego pierwoszcza. Naodwrót jednak w nielicznych preparatach spotykał autor zmianę śluzową rozpoczynającą się w jądrach komórek rakowych, podobnie jak się to dzieje w komórkach kielichowatych z jelit salamandry. A i w tych preparatach zwyrodnienie zajmowało bądź środkową bądź też obwodową część jądra. Spotykał autor nadto i takie komórki, gdzie obok jednego niezmienionego jądra znajdowała się jakby kropla śluzu okazująca metachromazyę i takie komórki uważa za dwujądrzaste. W każdym razie czy ze środka czy z obwodu komórki wychodzi sprawa zwyrodnienia, stopniowo cała komórka, a w dalszem następstwie i całe utkanie nowotworu ulega przemianie śluzowéj. (*Gazeta lek.* Nr. 38 1892.) *Dr. Ludomił Korczyński.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

W ostatnim Nrze „Nowin Lekarskich“, znajduje się doniesienie tymczasowe Dra Niedźwieckiego z Mińska p. t.: „Czy cholera stanowi oddzielną jednostkę chorobową?“, w którem autor usiłuje jednym zamachem obalić przyjęte zapatrywanie co do etyjologi cholery i udowodnić, że cholera nie jest niczem innem, jak tylko złośliwą postacią zimnicy ukrytéj, występującéj epidemicznie (*malaria larvata epidemica perniciosa*). Na poparcie swego twierdzenia przytacza N. 1) fakt, że w krwi chorych na cholerę i cholerynę mają się znajdować w wielkiéj ilości pasorzyty zimnicze, 2) korzystne działanie chininy w cholerze. Bliższych szczegółów, jakie wyniki lecznicze otrzymał z podawania chininy, autor jednak nie podaje. Zresztą mają za zapatrywaniem autora przemawiać dane epidemijologiczne, jak również „większość klinicznych objawów“. Objawów tych jednak autor nie wymienia i ułatwia sobie sprawę spuszczając się na domyślność czytelnika. Aby wytłomaczyć obecność prątka przecinkowego w wypróżnieniach cholerycznych, ucieka się autor do znanego sposobu wytłomaczenia zakażeń wtórorzędnych i sądzi, że prątki te, będące stałymi mieszkańcami przewodu pokarmowego mają w wydzielinie kiszkowéj u cholerycznych znakomite środowisko do rozwoju. Wychodząc ze swego punktu widzenia, uważa autor tylko te środki zapobiegawcze za racyjonalne przeciw cholerze, które opierają się na teoryi Pettenkofera; większość zaś środków zaleconych na podstawie teoryi Kocha nie ma racyi bytu i przyprawiają jedynie o straty materyjalne. Jako najskuteczniejszy środek zapobiegawczy podczas epidemii uważa N. chininę.

Jak mało zaufania budzi artykuł, z którego streszczenie podaliśmy, dowodzi okoliczność, że Redakcyja „Nowin Lekarskich“ w dopisku oświadcza, że z wywodami autora się nie godzi.

Rumpf: „Leczenie cholery w nowym szpitalu powsz. w Hamburgu“.

Wyniki leczenia otrzymane w tym szpitalu mają doniosłość ze względu na poważną liczbę leczonych tam chorych, których cyfra do drugiéj połowy września dosięgła 3000. Podawszy w krótkości wskazania lecznicze w pojedynczych okresach choroby, wylicza R. wszystkie środki, jakich w celu zadośćuczynienia tym wskazaniom próbowano i które z nich okazały się skutecznemi.

W okresie początkowym w celu uczynienia prątków cholerycznych nieszkodliwemi próbowano kolejno salolu, kreoliny i kreosotu; wszystkie te środki okazały się bezskutecznemi, podobnie jak kwas solny i mlekowy oraz przetwory kresolowe, woda chlorowa jest wręcz szkodliwą. Jako przyczynę tych bardzo niepomyślnych rezultatów uważa autor tę okoliczność, że jad wytworzony przez prątki już przedtem ulega resorbcyi, zanim choroba objawia się na zewnątrz. Co do gorących enteroklizm garbnikowych, to musiano je w początkowych okresach i w ciężkich przypadkach jako zupełnie bezskuteczne porzucić. Rzadko kiedy udaje się większą ilość płynu wprowadzić, chory szybko ją następnie oddaje, a R. nie wierzy, aby się udało wprowadzić płyn poza zastawkę Bauhiniego do kiszki cienkiéj. Natomiast w późniejszych okresach lżejszych przypadków działały enteroklizy korzystnie. Teoretycznie wyrozumowana skuteczność wstrzykiwań podskórnych salolu i eteru również nie znalazła potwierdzenia w praktyce.

Natomiast udało się Rumpfowi z znacznie lepszym skutkiem uczynić zadość drugiemu wskazaniu, tj. potrzebie wydalenia z jelit jadu chorobowego za pomocą kalomelu. Środek ten stosowano w zwykłéj biegunce cholerycznéj i w pierwszym okresie intoksykacyi, z początku po 0·3 dziennie, późniéj w małych dawkach 0·02—0·05 co 2 godz. Jeżeli wymioty po kalomelu nie ustawały, podawano kilka kropel 1% roztworu kokainy.

Obok kalomelu najskuteczniejszemi w I i II okresie okazały się kąpiele gorące. Po kąpieli podnosi się ciepłota chorego i utrzymuje się przez kilka godzin, jeżeli się chorego zawinie w ciepłe koce; za każdorazowem ponownem obniżeniem się ciepłoty należy gorącą kąpiel powtórzyć. Jako bezpośrednie działanie gorącéj kąpieli podaje R. pogłębienie oddechu i podniesienie tętna. Oprócz tego naturalnie nie można się obejść bez środków podniecających, jak gorącéj herbaty i kawy, wina, kamfory itd. Podawanie większéj ilości płynu zwiększa wymioty, jednakże R. odniósł wrażenie, jakgdyby wymioty raczéj były korzystnemi. Jeżeli jednak wymioty zanadto brały górę, stosowano kokainę i podawano płyny często a w małych ilościach. Przeciw bolom w dołku podsercowym i kurczom bolesnym w ramionach i łydkach stosowano częste wstrzykiwanie małych dawek morfiny. Skutek zazwyczaj bywał zadowalający, złych następstw po morfinie nie zauważano, natomiast opium okazało się szkodliwem. Tego rodzaju leczenie stosowano zwyczaj przez 3 dni, a rezultaty miały być dość pomyślne. Częste wypróżnienia ustawały czasem jeszcze podczas podawania kalomelu, zazwyczaj po zaprzestaniu podawania; tu i owdzie powstawało zaparcie stolca, częściéj jednak biegunka, a badanie stolców w tym okresie okazywało zazwyczaj brak prątków przecinkowych. W tym okresie są enteroklizy Cantaniego zdaniem R. najodpowiedniejsze. W jednym przypadku zauważył autor po dwóch dawkach razem 0·6 kalomelu objawy zatrucia.

Leczenie ciężkiéj intoksykacyi cholerycznéj, *stadium algidum*, przedstawia wyniki o wiele gorsze. Po wielu próbach musiano wszystkie środki lecznicze jako bezskuteczne porzucić. Najlepsze wyniki dawały wstrzykiwania roztworu soli do żył, po których otrzymano 25% uzdrowienia, co ze względu na to, że stosowano je w nader ciężkich przypadkach z najgorszą prognozą, przedstawia się bardzo korzystnie. Gorsze znacznie rezultaty osiągnął Rumpf w swoim szpitalu za pomocą hypodermoklizy. (*Wien. med. Blätter*, 1892, Nr. 40). (C. d. n.) *Dr. Beck.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 15 czerwca 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło — Członków obecnych 41.
Jako gość: Kol. Dr. Paweł Goldhaur z gubernii Jekaterinosławskiej w Rosyi.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odnośnie do reskryptu prezydyum c. k. Namiestnictwa z d. 5/VI b. r. L. 5745/pr. uchwalono na wniosek Komitetu zamówić dla biblioteki Towarzystwa jeden egzemplarz protokołów z posiedzeń kongresu hygienicznego w Londynie w roku 1891 odbytego.

3) Kol. prof. Browicz przedstawia preparaty: *a)* częściowego braku trąbki maciecznéj u kobiety, któréj układ płciowo-rodny był zresztą prawidłowo wykształcony; *b)* mięsaka nerki u dziecięcia jednorocznego; *c) fibroma intercanaliculare vel arborescens*, gruczołu sutkowego; *d)* preparaty odnoszące się do zmian pęcherza moczowego skutkiem uwięźnięcia macicy ciężarnéj, mianowicie: błonę śluzową zgrubiałą z całego pęcherza za życia przez cewkę moczową wydaloną i ogołocone z tejże ściany pęcherza po sekcyi uzyskane.

W dyskusyi zaznacza kol. Mars, że podobny obraz do ostatniego preparatu przedstawia wnętrze macicy po wyskrobaniu.

Kol. Cercha podnosi, że obrazy te o tyle się różnią, że w macicy po wyskrobaniu pozostają zawsze części błony śluzowej zagłębione więcéj w ścianie, podczas gdy z pęcherza cała błona śluzowa doszczętnie została wydaloną.

Co do mięsaka nerki u dziecięcia jednorocznego zauważa kol. prof. Jakubowski, iż preparat, dopiero co okazany przez kol. Browicza, pochodzi z dziecięcia, które przez kilka tygodni pozostawało w szpitalu św. Ludwika i tamże zmarło, a u którego zaraz w dzień przyjęcia wybadano wielki guz, o powierzchni nierównéj i zbitości niejednostajnéj i uznano takowy za nowotwór rakowaty nerki prawéj. Daléj zaznacza, że nowotwory złośliwe w wieku dziecięcym należą do rzadszych spraw chorobowych i tak: W szpitalu św. Ludwika od lat szesnastu jest to dopiero drugi spostrzegany przypadek. Z kliniki szpitali dzieci wiedeńskich rozporządzających olbrzymim materyałem w ostatnich 20 latach podano tylko pięć przypadków raka nerki (trzy opisał Monti w r. 1872, dwa Gnändinger w r. 1881). Z prac zbiorowych o tym przedmiocie zasługują na uwagę: Monografia Rohrera z Zurychu z r. 1879, w któréj tenże zaznacza, iż na 115 zebranych przez niego w literaturze przypadków raka nerki, $^1/_3$ część przypada na wiek dziecięcy poniżéj lat dziesięciu. Następnie rozprawa Leiberta z Nowego Jorku z r. 1884, w któréj autor na podstawie 50 przypadków raka nerki u dzieci poniżéj lat dziesięciu, zebranych skrzętnie w literaturze, zestawia pojawy kliniczne cechujące tę groźną chorobę. Jednym z pierwszych i dość częstych pojawów bywa moczenie krwawe, występujące nagle, okresowo, bez żadnych innych zaburzeń w organizmie. Równocześnie, a czasem dopiero po kilku miesiącach wyśledzić można w jamie brzusznéj guz o nierównéj powierzchni i niejednostajnéj zbitości, powiększający się szybko, a w miarę jego wzrostu występuje coraz większe wychudnienie, ostatecznie dzieci giną wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Do usunięcia téj groźnéj choroby dotychczas żadnych nieposiadamy zaradczych środków. Jedynie w wczesnem wycięciu zwyrodniałéj nerki pokładać można pewną nadzieję, mając na względzie to, że rak u dzieci rozwija się zwykle w jednéj tylko nerce a rzadko tworzy przerzuty. Po dokonaniu operacyi może więc pozostała nerka wydzielać mocz, a nowotwór rakowaty, jeżeli został dosyć wcześnie i doszczętnie usunięty, może się nieodnowić w innych tkaninach. Dotychczas o ile mu wiadomo, wyciął nerkę rakowatą z dziecięcia $2^1/_2$ lat liczącego prof. dr. Kocher w r. 1878, lecz dziecię zmarło w 51 godzin po operacyi na ropne zapalenie otrzewnéj. Za to Dr. Alsberg opisuje swój przypadek w 1887 r. wycięcia nerki nowotworem zajętéj u dziewczynki pięcioletniéj metodą Bergmanna, gdzie osiągnął zupełne wyleczenie w ciągu dwóch miesięcy. Alsberg opierając się na tym szczęśliwym wypadku, zachęca gorąco do wczesnego wycinania rakowatéj nerki u dzieci, skoro tylko choroba rozpoznaną zostanie.

Kol. Zarewicz zapytuje, czy już z uporczywych krwotoków nie można by wnosić o nowotworze.

Kol. prof. Jakubowski odpowiada, że raczéj z punkcyi, którą w danym przypadku uczyniono, możnaby cierpienie rozpoznać.

4) Kol. prof. Cybulski w objaśnieniu przedstawionych przez siebie kilkunastu preparatów mikroskopowych rdzenia i mózgu, przygotowanych w zakładzie fizyologicznym Uniw. Jagiell. przez Dra Mikuckiego, zaznacza, że preparaty cięto z kawałków stwardzanych w płynie Müllera a zatapianych w celloidynie, barwiono zaś takowe różnemi metodami, jak; 1) Karminową najdawniéjszą, 2) metodą Weigerta, która wymaga by okrawki, wyjęte z płynu Müllera, w którym pozostawały przez 24 godzin, opłukane następnie w 80% alkoholu, włożyć na 24 godzin do wodnego nasyconego rozczynu octanu miedziowego pół na pół wodą rozprowadzogo, następnie znowu je wymyć w 80% alkoholu, dopiero wtenczas włożyć na 24 godzin do hematoksyliny Weigerta (*Hematox. 1·00, Alcohol absol. 10·00, Aqu. destill. 90·00*), zkąd wyjęte, należy po dokładnem obmyciu w wodzie, włożyć do płynu odbarwiającego (nadżelasinku potazu 2·50, boraksu 2·00, wody destyl. 200·00) w końcu opłukawszy je w wodzie, następnie alkoholu, można w ten sposób przyrządzone skrawki oglądać w olejku lub balsamie. Metoda ta umożebnia oglądanie najdrobniejszych rozgałęzień wypustek pojedynczych komórek. 3) metodą Pala, 4) met. Voltersa, 5) met. safraninową, 6) met. impregnacyjną Golgiego z modyfikacyą Ramona y Cajala; w okrawkach barwionych tą ostatnią metodą, tak komórki jak i wypustki barwią się czarno, taż metoda umożebniła wykazanie, że komórka wraz z wypustkami swemi ciągnącemi się aż do obwodu organizmu stanowi jednę całość (jednę jednostkę). Jedyną wadą téj metody jest, że preparaty są nie stałe, gdyż zabarwienie wyżéj wspomniane po pewnym czasie znika.

Kol. Sroczyński przedstawia przypadek operowanéj opadniętéj powieki górnéj, gdzie opadnięcie było, co rzadko się zdarza, wrodzone i zaznacza, że do poddania się operacyi skłoniła chorego ta okoliczność, że powieka wspomniana przysłaniała jego jedyne oko, którem mógł widzieć, powieki zaś wcale nie mógł podnieść, a tylko zadzierając głowę do góry tworzył wąską szparę. Operowano w tym przypadku metodą podaną przez Parnasa, podług któréj postępując, podciąga się kwadratowy płat powieki górnéj, podstawą połączony z takową, pod mostek skóry przez brwi zajętéj, następnie górną krawędź owego płatu wszywa się w górną ranę równolegle przebiegającą do brwi.

Kol. Fajersztajn zapytuje o następstwa pozostawania skóry płatu wraz z jej częściami składowemi pod owym mostkiem.

Kol. Sroczyński odpowiada, że w celu uniknięcia zanieczyszczenia wydzielinami gruczołów skóry, kieszonki do góry dnem zwróconéj, jaka tutaj się wytwarza, przestrzykiwał z dobrym skutkiem takową zapomocą zakraplacza rozczynem lapisu.

Kol. Marcisiewicz podnosi zarzuty, że operacya ta zanadto krwawą a rezultat nie znakomity, wspomina natomiast o metodzie Pagenstechera, która tworzy dwa postronki umożebniające znakomicie podnoszenie powieki, — podaje wreszcie modyfikacyę do metody Panasa, aby w płacie wytworzonym tą metodą zniszczyć warstwę powierzchowną.

Kol. Sroczyński stwierdza, że pociąganie powieki zapomocą blizn wywołanych nitkami według Pagenstechera jest nietrwałe, bo zaledwie kilka miesięcy, podczas gdy po metodzie Panasa należy się spodziewać wyniku daleko trwalszego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr Stanisław Karpiński.*

VI. Drugi Zjazd międzynarodowy fizyjologów w Leodyum odbyty w dniach 29, 30 i 31 sierpnia b. r.

Zjazd fizyjologów zgromadził w tym roku 102 uczestników, z których największy kontyngens dostarczyły Belgija (30), Anglija (24) i Francyja (20), z Niemiec przybyło 10, z Austro-Węgier 4, w téj liczbie prof. Cybulski z Krakowa i prof. Mares z Pragi, z innych państw po jednym do trzech. W godzinach przedpołudniowych odbywały się teoretyczne wykłady i demonstracyje, popołudniu zaś eksperymenta w zakładzie fizyjologicznym prof. Fredericqa.

Na pierwszem posiedzeniu, któremu przewodniczył Fredericq, przedstawił Starling z Londynu nową metodę ilościowego oznaczania peptonu w cieczach tkankowych, polegającą na strąceniu istot białkowatych przez kwas trójchlorooctowy i oznaczaniu peptonu z przesączu za pomocą reakcyi biuretowéj. Z badań swych wysnuwa S. między innemi wniosek, że obecność peptonu we krwi nie opóźnia jéj krzepnięcia.

Następnie Rosenthal z Erlangi objaśniał własnego pomysłu urządzenie do badań kalometrycznych u zwierząt, Halliburton z Londynu okazał sposób otrzymywania nukleoalbuminy, Cremer z Monachium przedstawił wyniki doświadczeń swych przy karmieniu zwierząt trzema nowemi rodzajami cukru *izomaltozą, dekstromannozą i ramnozą*, z których pierwsza nie przechodzi do moczu, tylko głównie przyczynia się do wzmożenia ilości glykogenu w wątrobie (podobnie jak maltoza), druga zaś wydziela się przeważnie przez nerki. Langlois z Paryża zdał sprawę z badań wykonanych wspólnie z Abelousem nad czynnością nadnercza. Z doświadczeń tych autorów wynika to samo, co już inni podnosili, że nadnercze ma własność usuwania krwi z obiegu lub czynienia nieszkodliwemi istot trujących podobnych do kurary, które powstają pod wpływem pracy mięśni. Zwierzęta bowiem, którym wycięto nadnercza, giną po pewnym czasie wśród objawów ogólnego porażenia (przyczem mięśnie są pobudliwe, podczas gdy zakończenia nerwów są porażone), a krew takich zwierząt wstrzyknięta innemu zwierzęciu świeżo pozbawionego nadnerczy wywołuje odrazu te same objawy.

Na popołudniowem posiedzeniu demonstrował Hürthle (Wrocław) metodę do mechanicznego zapisywania tonów sercowych, polegającą na tem, że mały mikrofon zbudowany podobnie jak błona bębenkowa przykłada się do klatki piersiowéj w oddaleniu od miejsca uderzenia serca, a drgania téj błony wywołują w włączonym telefonie odpowiednie tony, lub sprawiają, że włączony aparat nerwowo-mięśniowy odpowiada na każdy ton skurczem.

Wertheimer (Lille) wykonywał doświadczenie na psie, demonstrując działanie siarkanu strychniny na nerwy naczynioruchowe. Według W. pobudza środek ten i nerwy mające wpływ zwężający naczynia i nerwy rozszerzające zależnie od tego, które w danym narządzie lub w danéj okolicy ciała mają przewagę.

W dalszym ciągu Laulanié (Tuluza) demonstrował zastosowanie swego kardyografu u psa a Sherrington z Londynu wykazywał doświadczeniem na małpie istnienie ośrodka dla zwieracza rzyci w korze mózgowej w tylnéj części *lobus paracentralis.* Nadto wykonał doświadczenie na małpie, z którego wynikałoby, że w mózgu istnieją także ośrodki odruchowe dla kończyn tylnych. W końcu Langlois i Charrin z Paryża wykonywali doświadczenia kalorymetryczne na królikach, którym wstrzyknięto przedtem hodowle z *bacillus pyocyaneus.*

Na następnem posiedzeniu przedpołudniowem okazywał Holmgren (Upsala) w imieniu Bowditcha z Bostonu tak zwane *Composito phothography*, figurujące stereotypowo na wszystkich Zjazdach. Są to złożone fotografije z zdjęć pewnéj liczby osób jednego zawodu, przedstawiające przeciętne typy tego zawodu. Następnie Ollivier z Paryża opisał sposób obserwowania połączeń protoplasmatycznych między komórkami roślinnemi, Schäfer z Londynu okazywał preparaty z mięśni owadów i zdał sprawę z nowego sposobu usuwania kawałków półkul mózgowych. Ponieważ ekstyrpacyja jednéj części półkuli mózgowéj pozbawia pozostałe części ich prawidłowéj podpory i w ten sposób może wywołać zaburzenie czynności, przeto postępuje autor teraz w ten sposób, że po wycięciu kawałka mózgu pozostawia go na pierwotnem miejscu. W przeciwstawieniu do pierwszych swych doświadczeń i do badań innych autorów nie spostrzegał autor u małp, którym odcinał płat czołowy, żadnych zboczeń w sferze psychicznéj.

Vitzou z Bukaresztu podał wyniki z swoich doświadczeń nad sferą wzroku u psów i małp, u których to ostatnich powstawała ślepota tylko po wycięciu płatów potylicznych a nigdy po ekstyrpacyi obu *gyri angulares* w przeciwstawieniu do wyników badań Ferriera oraz Cybulskiego i sprawozdawcy. Na uwagę zasługują doświadczenia Verhoogena z Brukseli nad rozdziałem istot wprowadzonych do obiegu krwi; a wykazują one, do czego i inni autorowie doszli, że istoty takie szczególnie nagromadzają się w wątrobie i szpiku kostnym.

Oprócz wymienionych wykładów demonstrowali nadto niektórzy uczestnicy mikroskopowe preparaty.

Z doświadczeń wykonanych na popołudniowem posiedzeniu zajmował uwagę uczestników wykonany przez Chauveaua (Paryż) eksperyment na koniu, u którego zapisywano graficznie równocześnie ciśnienie krwi w prawéj komorze, w prawym przedsionku, w lewéj komorze i w aorcie, uderzenie koniuszkowe i tony serca. Wedeński z Petersburga demonstrował prądy czynnościowe nerwów za pomocą telefonu oraz ogloszone już dawniéj doświadczenia o zjawisku zwiększania się skurczu znużonego mięśnia, pomimo osłabienia siły prądu. Wertheimer (Lille) wykazywał doświadczeniem na psie, że żółć wprowadzona do obiegu krwi wchodzi bezpośrednio z krwi do przewodów żółciowych. Gréhant (Paryż) okazał metodę oznaczania ilości tlenku węgla pochłonionego przez ustrój oraz przyrząd do oznaczania gazów wytwarzających się w kopalniach. Nadto okazywał tenże wspólnie z Martinem przeprowadzone doświadczenie nad działaniem pary i dymu ze spalonego opium i t. zw. *chandoo.* Wbrew znanym spostrzeżeniom u ludzi nie wywiera wdychiwanie tych par u psów żadnego wpływu. W końcu Zwaardemaker (Utrecht), który wystawił rozmaite olfaktometry, używane przez siebie do badań zmysłu powonienia, demonstrował kilka doświadczeń rzucających światło na mechanizm powonienienia.

W trzecim dniu przedstawił Cybulski wyniki wspólnie z Zanietowskim wykonanéj pracy nad zastosowaniem kondensatorów do podrażnień mięśni i nerwów, a na popołudniowem posiedzeniu tegoż samego dnia, demonstrował uczestnikom Zjazdu urządzenie do zastosowania kondensatorów przez siebie wprowadzone i wykonał kilka doświadczeń na żabach. Na rannem posiedzeniu opisał także Hédon z Montpellier doświadczenia swe potwierdzające badania Minkowskiego co do wpływu wycięcia trzustki na pojawanie się cukru w moczu. Sposób postępowania Hédona ma być bardzo dogodnym do zakładania trwałéj przetoki trzustkowéj.

Na uwagę zasługują doświadczenia Arloinga (Lyon) wykazujące, że za pomocą kateteryzowania serca (u konia) lub drażnienia nerwu błędnego można wywołać skurcz tężcowy serca. Autor tych doświadczeń przypuszcza, że nerw błędny zawiera także zwykłe włókna nerwowo motoryczne dla serca. W innéj pracy, którą ten sam autor na Zjeździe przedstawił, wykazuje on, że pod wpływem pewnych zboczeń w unerwieniu serca występuje nierównoczesność w skurczach obu połów serca, i dlatego uważa zapatrywanie, jakoby zdwojenie tonów nigdy nie mogło być następstwem nierówno czesności skurczów obu połów serca, za mylne. W dalszym ciągu przedstawił Slosse (Bruksela) psa, któremu gruczoł tarczykowy wycięto przed 13 miesiącami, a u którego po ekstyrpacyi wytworzone typowe objawy *myxoedema* następnie zupełnie ustąpiły, pomimo że, jak sekcyja wykonana

po posiedzeniu wykazała, nie pozostało nic z gruczołu tarczykowego.

Wymienić jeszcze wypada badania Kaufmana (Alford) nad krążeniem krwi w mięśniach fizyjologicznie czynnych (obniżenie ciśnienia krwi w doprowadzającéj tętnicy, podniesienie ciśnienia w żyle odwodzącéj); demonstracyje Burdon Sandersona i Burcha (Oksford) elektrometru Lipmana i otrzymanych za pomocą niego fotogramów, Jacobiego (Strasburg) urządzenie do badania czucia siły.

Ostatnie posiedzenie popołudniowe wypełniło kilka doświadczeń. Między innemi Waller z Londynu na sobie samym badał za pomocą odpowiednio urządzonego kalorymetru wytwarzanie się ciepła podczas kurczenia się mięśni ręki. Z badań tych okazuje się, że podwyższenie ciepłoty skóry powstaje prawie jedynie wskutek rozszerzenia się naczyń a w minimalnéj tylko części zależy od ciepła wytwarzającego się pod wpływem pracy mięśniowéj, fakt zresztą i bez tych doświadczeń wiadomy. Nadto zauważył także Waller, że podwyższenie ciepłoty jest większe pod wpływem skurczów dowolnych, aniżeli wywołanych podrażnieniem elektrycznem. Nie można pominąć doświadczeń Maresa z Pragi, który demonstrował przyrząd służący do drażnienia nerwów za pomocą prądu powstającego w cewce pod wpływem przesuwania się magnesu.

Z międzynarodowym Zjazdem fizyjologów połączona była wystawa przyrządów wchodzących w zakres fizyjologii eksperymentalnéj. O ile z referatu „*Centratblatt für Physiologie*“, zkąd niniejsze sprawozdanie czerpiemy, wnosić można, ilość wystawionych przedmiotów była nieznaczną, a z przyjemnością podnieść musimy, że Cybulskiego fotohemotachometr, przyrząd służący do oznaczania szybkości krwi w naczyniach, krwionośnych wykonany przez tutejszego mechanika uniwersyteckiego, powszechne wzbudzał zainteresowanie uczestników i zyskał sobie zaszczytne uznanie wszystkich, którzy zastosowanie przyrządu poznali.

Ogólne wrażenie, jakie się według referatu z *Cntralblt. f. Physiolog.* z prac Zjazdu odnosi, nie może nawet mniéj wybrednych zadowolić. Prócz nielicznych wyjątków, między którem chlubne miejsce zajmują prace pochodzące z jedynéj polskiéj pracowni fizyjologicznéj, ogół odczytów i demonstracyj niewielkie budził zainteresowanie. Szczególnem jest rzec można ostentacyjne wstrzymanie się od udziału w Zjeździe niemal wszystkich znaczniejszych fizyjologów niemieckich, jak Du Bois Reymonda, Pflügera, Heidenhaina i innych. *Dr. A. Beck.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 października. Wydział lekarski w Budapeszcie przedłożył Ministerstwu oświecenia projekt nowego porządku egzaminów lekarskich. Według tego projektu odpaść mają z rzędu przedmiotów egzaminacyjnych mineralogija, zoologija i botanika, natomiast mają wejść jako nowe przedmioty egzaminacyjne ogólna patologija i terapija, ginekologija i jeden z przedmiotów medycyny praktycznéj naprzemian, a mianowicie: psychijatryja, choroby dzieci, dermato i syfilidologija, dentystyka, choroby uszne, nosa i krtani. Egzamin z anatomii opisowéj, fizyjologii, anatomii patologicznéj, patologii i terapii ogólnéj, farmakologii, medycyny wewnętrznéj, chirurgii, okulistyki, położnictwa i ginekologii, medycyny sądowéj i higijeny ma być podwójny: ustny i praktyczny. Celem otrzymania dyplomu doktorskiego potrzeba wykazać się z uczęszczania na jeden z uniwersytetów węgierskich przynajmniéj przez pięć semestrów. Doktorowie posiadający dyplom austryjacki, nie mogący się wykazać z 5 półroczy spędzonych na uniwersytecie węgierskim, winni poddać się nostryfikacyi dyplomu. Nie żąda się jednak służby jednorocznéj w szpitalu przed uzyskaniem prawa do praktyki z przyczyny, że w Budapeszcie niema tylu szpitali, gdzieby młodzi lekarze praktykować mogli.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego w dniu 19 października odbytem: 1) Kol. Obaliński przedstawił chorego, u którego w swoim oddziele szpitalnym wykonał operacyję zaszycia rozszczepionego pęcherza (*ecstrophia vesicae*) nowym przez siebie podanym sposobem, poczem dał pogląd na dotychczasowe metody téj operacyi. 2) Tenże przedstawił chorą po trepanacyi czaszki celem usunięcia odłamków kostnych. W przypadku tym znalazł nieobserwowany dotąd objaw, t. j. jamę w czaszce pomiędzy oponą twardą a istotą korową rozmiarów co najmniéj 3 ch jaj kurzych wypełnioną powietrzem. (Oba powyższe przypadki będą opisane w „Przegl. Lek.“).

W nadzwyczaj żywéj dyskusyi nad oboma przypadkami zabierali głos koll. Rydygier, Obaliński, Gluziński, Pieniążek, Cybulski, Kryński, Paszkowski, Sroczyński, Domański, Wilkosz, Śmiechowski, Kwaśnicki, Buzdygan i Jordan.

Kol. Browicz odczytał motywowane wnioski odnoszące się do wodociągów krakowskich. Sprawę tę ważną z powodu spóźnionéj pory odroczono do osobnego posiedzenia nadzwyczajnego, wyłącznie téj sprawie poświęconego, *które się odbędzie dnia 22 października (Sobota o godz. 6-éj wieczorem)*.

* **Warszawa.** Na posiedzeniu Towarzystwa lek. w d. 20 września odbytem, uwieńczono nagrodą z funduszu Dra Kaczorowskiego Dra Dmochowskiego za pracę konkursową „Zbadać pod względem anatomicznym i klinicznym adenoidalne wegetacyje.

Pierwszy śmiertelny przypadek cholery w Warszawie wydarzył się w d. 24 września, mianowicie w szpitalu Dzieciątka Jezus zmarł flisak, przybyły z lubelskiego, śród objawów cholery. Badanie zwłok dokonane przez dziekana Brodowskiego i pros. Przewoskiego, jak również bakteryjologiczne badanie wypróżnień, wykonane przez koll. Świątkiego, Jakowskiego i Janowskiego stwierdziły, że chory ten zmarł wskutek cholery azyjatyckiéj. Pierwszy zaś przypadek cholery u miejscowéj mieszkanki wydarzył się w nocy z dnia 25 na 26. Mianowicie zachorowała żydówka na Solcu, mieszkająca w pobliżu garkuchni uczęszczanéj przez flisaków, w któréj był też być może i zmarły chory. Pacyjentka znajduje się w szpitalu zapasowym i obecnie (27/IX) ma się już lepiéj. I tu również badania bakteryjologiczne wykryły bakteryje cholery.

Dr. Biernacki, który był w Lublinie, w celu poznania panującéj epidemii i stosowanych tam sanitarnych środków, przywiózł do Warszawy próby wody ze studzień lubelskich. W wodzie téj znaleziono bakteryje cholery. Hodowla płytkowa dała wynik dodatni. Na pochwałę warszawskim organom policyjno-lekarskim zaznaczyć należy, że przedsięwzięto tam wszelkie możliwe środki ochronne na przypadek grożącéj epidemii. Czystość i porządek panuje wzorowy, personal lekarski nie szczędzi poświęcenia zdrowia i sił, aby w stosownéj chwili zapobiedz złemu.

* **Rosyja.** 11 września, w dzień imienin cesarskich, otrzymali ordery następujący lekarze wojskowi: Włodzimierza 4-éj kl.: Ign. Łaski, A. Wiszniewski, Cez. Kossowski, Apol. Sielcki, Wład. Wolski, Ign. Szostakowski. Anny 2-éj kl.: Ern. Kozłowski, Wikt. Domański, Fr. Kuszyński, Fabjan Sołowejczyk, Ferd. Wojkiewicz, Wal. Wiktor Jakubowski, Leon Dworzecki, M. Kulikowski. Anny 3-éj kl.: Ant. Fr. Korniłowicz, Wład. Wietrzykowski, Józ. Hurwicz, Al. Jankowski, Dyon. Moczulski, Ant. Busiński, Fr. Leszczyński i Kazim. Aframowicz. Stanisława 2-éj kl.: Er. Horbacewicz, Abr. Dicksztein, Wład. Zawadzki i Bol. Rodzewicz. Stanisława 3-éj kl.: Konrad Kopernicki (w Chunzachn), Zbigniew Palma (w Ura-Tiubinie), Jan Cybulski, Wit. Raczkowski, Ambr. Klukowski, Daniel Zangołowicz, Kaz. Skudowicz, Dom. Jaworski, Marcin Kielpsz, Stan. Czerski, Marek Marceli Cieszkowski, W. Ratajski, P. Surwiłło, M. Hlasko, Ant. Sadowski, Paweł Kaj. Lewoniewski; — wreszcie Dr. Gełtowski, insp. lek. w Kijowie, został mianowany tajnym radzcą. *Dr. J. T.*

* Badanie bakteryjologiczne wody z Wisły (próba wzięta nieco powyżéj klasztoru na Skałce, powierzchowne warstwy wody, przed ostatniemi deszczami) dokonana przez Dra Stanisława Ponikłę, wydało wynik dodatni. Na płytach 4-go rozcieńczenia odszukał tenże pośród 600—700 innych hodowli, zaledwie 4 hodowle, postacią i zachowaniem się zupełnie hodowlom prątka przecinkowego odpowiadające. Preparaty mikroskopowe z tych hodowli uskutecznione, wykazały vibriony postacią, wielkością i zachowaniem się względem barwików prątkom przecin-

kowym odpowiadające. Kultura żelatynowa kluta cechująca. Reakcyja na czerwień choleryczną bardzo wybitna, również cechujące zachowanie się kultury bulijonowéj. Dalsze badania kontrolujące, przedewszystkiem hodowanie prątków w mleku sterylizowanem itp. w toku. O wyniku tym doniósł Dr. Ponikło Starostwu i Magistratowi m. Krakowa.

* Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Leon Fuchs ze Zbaraża i Walenty Józef Jeż z Dobczyc w Galicyi.

* **Zmarli**: W Paryżu Jan Antoni Villemin, profesor w Val-de-Grâce, licząc lat 65, zasłużony badacz na polu patologii doświadczalnéj. — Dr. Ludwik Winkel, położnik, w 83 roku życia; ojciec profesora monachijskiego Franciszka W. — W Frankfurcie n/M. Dr. Hermann Mayer, prof. anatomii w Zurychu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

KONKURS

111—2—2

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie opróżnioną jest posada sekundaryjusza z płacą roczną 400 złr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, — podania przyjmuje Dyrektor tegoż szpitala do dnia 31 października 1892.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.